

Gewalt und Gesundheit: epidemiologische Daten, Erklärungsmodell und public-health-orientierte Handlungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Mann, Bernhard

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Mann, B. (2006). Gewalt und Gesundheit: epidemiologische Daten, Erklärungsmodell und public-health-orientierte Handlungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 29(1), 81-91. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-38675>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Gewalt und Gesundheit

Epidemiologische Daten, Erklärungsmodelle und public-health-orientierte Handlungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Bernhard Mann

1 Problemlage

1.1. Epidemiologie der Gewalt

Der Zusammenhang von Gewalt und Gesundheit, so die These, ist auch ein sozialepidemiologisches Thema. Die Sozialepidemiologie hat das Ziel, die sozialen Bedingungen der Entstehung und Verbreitung somatischer und psychischer Krankheiten wie positiver Gesundheit zu erforschen. Sie verbindet sozialwissenschaftliche Fragestellungen und Methoden mit denen der Epidemiologie, um Risikofaktoren zu analysieren. Die Erkenntnisse der Sozialepidemiologie zählen zu den Grundlagen der Gesundheitspolitik und dienen insbesondere der Planung und Organisation des Gesundheitswesens. Zum Verständnis der Entstehung und Bewältigung von Krankheiten werden u.a. auch soziale Faktoren berücksichtigt: Ätiologische Vorstellungen setzen an der Sozialstruktur mit der Armuts-, sozialen Isolations- und Unterstützungs- sowie Stressthese an (vgl. Badura 1989, S. 585).

Der sozialepidemiologischen Konzeption folgend, hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmals einen „Weltbericht Gewalt und Gesundheit“¹ (Krug u.a. 2003) vorgelegt. Darin macht sie geltend, dass jährlich 1,6 Millionen Menschen weltweit ihr Leben durch Gewalt verlieren. So sind Gewalttaten in der Altersgruppe der 15 – 44-Jährigen eine der Haupttodesursachen, mit 14 Prozent bei den Männern und 7 Prozent bei den Frauen (S. 11). Bezogen auf jede Person, die durch Gewalt stirbt, werde ein Vielfaches an Menschen verletzt, die unter körperlichen, sexuellen und geistig-seelischen Beschädigungen, Deprivation oder Vernachlässigung litten (S. 8). In diesem Kontext verweist der Bericht auch auf die volkswirtschaftlichen Folgen, die sich aus den Wirkungen von Gewalt ergeben: Bezogen auf das Gesundheitswesen und den Produktivitätsverlust werden diese als massiv eingeschätzt.

160 Experten aus allen Regionen der Welt haben über 3 Jahre gemeinsam an dieser Studie mitgewirkt. Der Bericht geht von der Annahme aus, dass die Erfahrung von Gewalt alle Lebensbereiche durchdringt und bringt dies mit der eindringlichen Formulierung: „Gewalt ist eine Weltgeißel, die das Gefüge von Gemeinschaften zerreißt und Leben, Gesundheit und Glück von uns allen bedroht“ (S. 1) auf den Punkt. Dabei handele es sich um ein komplexes Phänomen: Gewalt müsse umfassend und ganzheitlich mit einem besonderen Augenmerk auf Public Health angegangen werden (S. 4). Mit diesem Bezug auf Public

¹ 2002 wurde der Bericht erstmals in englischer Version veröffentlicht (Krug u.a. 2002). 2003 erschien eine Kurzfassung in Deutsch, nach der sich die folgenden Ausführungen richten.

Health² begreift der Bericht Gewalt als ein Sozialphänomen, das letztendlich durch Prävention verhindert werden kann und sollte. Damit formuliert er ein neues Paradigma im Umgang mit Gewalt.

1.2. Definition und Typologie der Gewalt

Auch wenn im Bericht mehrfach darauf hingewiesen wird, dass sich Gewaltphänomene aufgrund ihrer Vielgestaltigkeit sowie unterschiedlichen gesellschaftlich-moralischen Bewertung einer einfachen begrifflichen Festlegung entziehen, wird Gewalt folgendermaßen definiert: Sie ist „[D]er absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklungen oder Deprivation führt.“ (S. 6) In dieser Definition wird Gewalt somit nicht nur als Handlungsphänomen beschrieben, sondern zugleich mit ihren Folgewirkungen verknüpft: Die drastischen Auswirkungen von Gewalt sind ein verlorenes Leben oder eine geschädigte Gesundheit. Somit ist Gewalt aber auch als globale Public-Health-Herausforderung anzusehen.

In einer weitergehenden Differenzierung wird Gewalt in „(...) drei breite Kategorien [eingeordnet], die darauf Bezug nehmen, von wem die Gewalt ausgeht: Gewalt gegen die eigene Person, zwischenmenschliche Gewalt und kollektive Gewalt“ (S. 6). Während unter die Kategorie: *Gewalt gegen die eigene Person* die ganze Bannbreite autoaggressiven Verhaltens bis hin zum Suizid subsumiert wird, ist die *zwischenmenschliche Gewalt* in folgende Typen ausdifferenziert: Jugend und Gewalt; Gewalt gegen Intimpartner; Misshandlung alter Menschen; sexuelle Gewalt (S. 15ff.).

Nicht minder viele Phänomene werden der *kollektiven Gewalt* zugeordnet, wie „gewaltsame Konflikte zwischen Nationen und Gruppierungen, von Staaten oder bestimmten Gruppen verübter Terrorismus, Vergewaltigung als Kriegswaffe“, aber ebenso die kriegsbedingte Massenvertreibung und die Wirkung von Bandenkriegen (S. 28).

Sämtliche Gewaltformen werden mit weltweit ermittelten Daten ihres Auftretens und im Hinblick auf ihre Folgewirkungen analysiert und zu eindrucksvollen „Botschaften“ verdichtet. Angesichts dieser Befunde ist Gewalt vor allem eine Herausforderung an die Prävention (S. 15).

Prävention wird in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterteilt. Die wichtigste Präventionsform ist die Primärprävention; sie hat das Ziel, Gewalt a priori zu verhindern (S. 16). Die klassischen Präventionsformen gliedern sich – mit Bezug auf das Gewaltthema – wie folgt:

- „Primärprävention, d.h. hier handelt es sich um Ansätze, die verhindern sollen, dass es überhaupt zu Gewalt kommt.
- Sekundärprävention, d.h. hier handelt es sich um Ansätze, die sich auf die unmittelbare Reaktion auf Gewalt konzentrieren, wie z.B. Betreuung vor Krankenhauseinwei-

² Methodisch orientiert sich der Weltbericht an der Public-Health-Forschung. Vertreten wird ein 4-Punkte-Programm mit (1) der Beschreibung des Ausmaßes des Problems, (2) der Analyse der Ursachen des Problems, (3) der Suche und Erprobung von Bewältigungsmöglichkeiten des Problems und (4) und der Einsatz von nachweislich wirksamen Maßnahmen.

sung, Notfalldienste oder Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten nach einer Vergewaltigung.

- Tertiärprävention, d.h. hier handelt es sich um Ansätze, deren Schwerpunkt auf der Langzeitbetreuung nach Gewalthandlungen liegt, z.B. Rehabilitation und Wiedereingliederung sowie Versuche, Traumata abzubauen oder die mit Gewalt verbundenen lang anhaltenden Behinderungen zu reduzieren (S. 15).

Auf dem Hintergrund des Befundes, dass Gewalt den Alltag vieler Menschen auf der Welt durchdringt (vgl. Brundtland 2003), stellt sich die Frage, welche Handlungsempfehlungen die WHO formuliert hat, um diesem Problem zu begegnen.

1.3. Erklärungsmodell der Gewaltdynamik

Ausgehend von der These, dass kein einzelner Faktor erklären kann, warum jemand gewalttätig wird, wird im Zusammenhang mit dem „Weltbericht Gewalt und Gesundheit“ ein sozialökologisches Erklärungsmodell der Entstehung von Gewalt entwickelt. Dieses Modell integriert biologische, soziale, kulturelle, ökonomische und politische Faktoren im Kontext von Gewaltprozessen. Neben den Formen von Gewalt – zwischenmenschliche Gewalt, Gewalt gegen die eigene Person und kollektive Gewalt – und dem Ausmaß des Problems wird hier auf Dynamik des Geschehens Wert gelegt. Das Erklärungsmodell berücksichtigt vier Dimensionen:

- Auf der individuellen Ebene (Mikrodimension) werden biologische und persönlichkeitsbezogene Entwicklungsfaktoren berücksichtigt. Ziel ist es zu verstehen, weswegen ein Mensch Gewaltopfer oder –täter wird. Erklärungsvariablen sind demographische Faktoren wie Alter, Bildung oder Einkommen, psychische Probleme, Substanzenmissbrauch, früheres Aggressionsverhalten oder die Erfahrung missbraucht worden zu sein (S. 14).
- Auf der Beziehungsebene (Mikrodimension) werden „(...) die engen zwischenmenschlichen Beziehungen zur Familie, Freunden, Intimpartnern, Gleichaltrigen und Kollegen u.a. auf die Frage hin untersucht (...), inwieweit sie das Risiko, zum Gewaltopfer oder –täter zu werden, erhöhen“ (S. 14). Im Jahr 2000 wurden schätzungsweise 520 000 Personen – weltweit – durch Gewalt in Beziehungsstrukturen ermordet (S. 4).
- Auf der Gemeinschaftsebene (Mesodimension) „(...) geht es um die soziale Beziehungen stiftenden Umfeld der Gemeinschaft wie Schulen, Arbeitsplätze und Nachbarschaften und um die für die jeweiligen Settings charakteristischen, Gewalt fördernden Risikofaktoren“ (S. 14). Gewaltfördernde Einflussgrößen sind demnach die Bevölkerungsdichte, hohe Arbeitslosigkeit oder die Existenz eines Drogenmarktes am Ort.
- Auf der gesellschaftlichen Ebene (Makrodimension) geht es um Faktoren, „(...) die ein die Gewalt förderndes oder ihr abträgliches Klima schaffen“ (S. 14). Hierzu gerechnet werden: die Verfügbarkeit von Waffen, soziale und kulturelle Normen im Umgang mit Selbstmord, polizeiliche Gewaltanwendung, Vorherrschaft gegenüber

Frauen wie auch die Gesundheits-, Wirtschafts- und Bildungspolitik oder die sozialen und wirtschaftlichen Verteilungsgerechtigkeiten (S. 14).

2. Weltgesundheitsorganisation

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat den „Weltbericht Gewalt und Gesundheit“ veranlasst und herausgegeben. Die Tatsache, dass in ihm Gewalt systematisch mit Gesundheit konnotiert und im Hinblick auf gesundheitliche Folgen operationalisiert wird, verweist auf seine institutionellen Grundlagen, insbesondere die politische Bedeutung der WHO, den von ihr entwickelten bzw. institutionell verfestigten Gesundheitsbegriff und die von ihr veranlassten Public-Health-Initiativen. Diesen Grundlagen soll im Folgenden nachgegangen werden.

2.1. Institutionelle Grundlagen für den Weltbericht Gewalt und Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation ist eine internationale Organisation der UN.³ Die Vollversammlung der WHO tritt einmal jährlich zusammen. Ein Exekutivrat aus 32 Sachverständigen tagt mindestens zweimal jährlich. Neben dem Generalsekretariat in Genf unterhält die WHO 6 Regionalausschüsse. Getragen wird die WHO von den Beiträgen ihrer 191 Mitgliedsstaaten. Ihr Gründungstag, der 07.04.1948, wird als Weltgesundheitstag gefeiert.⁴ Das Hauptziel ist die „Herbeiführung des bestmöglichen Gesundheitszustandes aller Völker“. Die Aufgaben der WHO reichen, um einige Beispiele zu nennen, von der Leitung und Koordination bei der Bearbeitung internationaler Gesundheitsfragen, der Unterstützung der Mitgliedstaaten beim Ausbau der öffentlichen Gesundheits- und Fürsorgedienste, der Bekämpfung und Ausrottung von Weltseuchen über die Förderung der medizinischen Ausbildung und wissenschaftlichen Forschung auf den Gebieten der Medizin bis zu Fragen der Hygiene und der Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens.

Zur Umsetzung der Politik in den Mitgliedsländern definiert sich die WHO über fünf Kernaufgaben:

1. Das Gesundheitsgewissen, d.h., dass das Prinzip der Gesundheit als Menschenrecht verteidigt wird und fortbestehende bzw. neue Probleme der Bevölkerungsgesundheit aufzeigt und bewusst gemacht werden;
2. Einrichtung eines Informationszentrums für Fragen der gesundheitlichen Entwicklung in den Industrie- und Entwicklungsländern oder zur Hygiene und Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens.
3. Förderung des Konzeptes „Gesundheit für alle“ (GFA) und Sicherstellung seiner regelmäßigen Aktualisierung.
4. Nutzung wissenschaftlich erhärteter Instrumente in den Ländern, um GFA-orientierte Konzepte in Handeln umzumünzen;

³ Vgl. <http://www.who.int>, Stand: 22.03.2006.

⁴ Vgl. <http://www.wissen.de>, Stand: v. 22.03.2006.

5. Katalysator für gesundheitsförderliche Maßnahmen zu sein, indem die WHO eine technische Kooperation mit Mitgliedstaaten durch die Etablierung einer starken „WHO-Funktion“ eingeht und eine Führungsrolle zur Eliminierung/Bekämpfung von Krankheiten übernimmt, Netzwerke in der Europäischen Region bildet und die Koordinierung der Nothilfe/Maßnahmen bei Katastrophen wahrnimmt.

Insgesamt zeigt sich, dass die WHO im Hinblick auf ihr Hauptziel, die „Herbeiführung des bestmöglichen Gesundheitszustandes aller Völker“, wie auch im Hinblick auf die Kernaufgaben, z.B. als Gesundheitsgewissen aufzutreten, jene Weltinstitution ist, die par excellence die Voraussetzungen erfüllt, sich mit Fragen nach dem Zusammenhang von Gewalt und Gesundheit zu befassen.

2.2. WHO-Ziele der Gesundheit: Handlungsorientierungen für die Bekämpfung gesundheitsgefährdender Gewalt

Die Gestaltung eines Gesundheitssystems bedarf der epidemiologischen Kenntnisse über gesundheitliche Problemlagen einer Gesellschaft, Kenntnisse ihrer Infrastruktur, der zur Verfügung stehenden ökonomischen Mittel sowie der Gesundheitsziele (Mann 2005, S. 18). Der Diskurs über Gesundheitsziele geht von einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff aus („Bio-psycho-sozio-öko-Modell“ der Gesundheit). Die WHO hat dieses Modell entscheidend mitgeprägt und über die Gesundheitsziele operationalisiert. So wurde auf der Weltgesundheitsversammlung von 1977 das Konzept der „Gesundheit für alle“ (GFA) aus der Taufe gehoben.⁵ Erstmals wurde es auf der Konferenz von Alma-Ata ausformuliert. Es enthält 38 Ziele und gliedert sich in Endziele und Strategien für eine bessere Gesundheit.⁶

Bezogen auf die Endziele stehen die allgemeine Gesundheit, Chancengleichheit, Lebensqualität, die Gesundheit spezifischer Bevölkerungsgruppen und die Prävention und Bekämpfung von Krankheit und Gesundheitsproblemen im Vordergrund. Wie epidemiologischen Studien zeigen, bedroht Gewalt die allgemeine Gesundheit, gefährdet die Chancengleichheit durch neue Ungleichheiten, belastet die Lebensqualität und bringt die Gesundheit spezifischer Bevölkerungsgruppen wie Behinderter, Alter, Kinder, Jugendlicher und Frauen in Gefahr. Auch ist mit dem Ziel 12 die Reduzierung von Selbstmorden ausdrücklich angeführt. Die Bekämpfung von Gewalt deckt sich deutlich mit den Endzielen für Gesundheit, die seit jeher von der WHO ausformuliert und seit längerem verfolgt werden.

So sind bezogen auf die Strategien für eine bessere Gesundheit diverse Ziele ausformuliert worden, die geeignet erscheinen, das Thema Gewalt und Gesundheit operativ anzugehen. Dazu gehören die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils, getragen durch eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, die Entwicklung gesundheitlicher Kompetenz und eines gesunden Lebens sowie des verantwortlichen Umgangs mit Tabak, Alkohol und psychotropen Substanzen. Weitere Strategien, die aus den von der WHO verfolgten Gesundheitszielen abgeleitet sind, betreffen die gesunde Umwelt, eine bedarfsgerechte Versorgung und die Unterstützung der Gesundheit für alle.

⁵ Die vorliegende Fassung steht auch unter <http://www.meb.uni-bonn.de>, Stand: 22.03.2006.

⁶ Die Gesundheitspolitik für Europa. Aktualisierte Fassung. September 1991 aus dem Jahre 1993.

Zur Bekämpfung von Gewalt als einer Gesundheitsaufgabe sind vor allem solche Ziele hervorhebenswert wie die Umwelt- und Gesundheitspolitik, die Humanökologie und das Siedlungswesen, die Entwicklung der Ressourcen, das Management im Gesundheitswesen, die primäre Gesundheitsversorgung, die bürgernahen Dienste für besondere gesundheitliche Bedürfnisse, die Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich oder die Unterstützung von Gesundheitsinformationen zur Gewaltprävention.

2.3. Recht auf Gesundheit

Im Zuge der historischen Aktivitäten der WHO wurden die folgenden Erklärungen zum Recht auf Gesundheit proklamiert.⁷ Ersichtlich wird, dass das Recht auf Gesundheit ein allgemeines Menschenrecht ist, das Gesunde wie Kranke, Opfer wie Täter schützt. 1948 wurde die *WHO-Constitution* mit dem Tenor verabschiedet, dass es ein fundamentales Grundrecht jedes Menschen sei, sich des höchstmöglichen Gesundheitsstandards zu erfreuen, und zwar ohne Unterschiede hinsichtlich der ethnischen Zugehörigkeit, Religion, politischer Überzeugungen und der wirtschaftlichen und sozialen Lebensumstände. Ebenfalls 1948 wurde die *Universal Declaration of Human Rights (Article 25)* proklamiert: "Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing, and medical care and necessary social services."⁸ Es folgten 1966 die *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*⁹, 1979 die *Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against women*¹⁰, 1989 die *Convention on the Rights of the Child*¹¹ und 1988 das *Protocol of San Salvador*¹². Hier wird das Recht auf Gesundheit betont – mit Blick auf den höchsten Grad an physischem, geistigem und sozialem Wohlbefinden.

Kontinuierlich wurden WHO-Instrumente¹³ zur Unterstützung eines Rechts auf Gesundheit entwickelt. Im Mittelpunkt stehen die Entwicklung von Leitlinien für die Gesundheitsberichterstattung und der Schutz von Minderheiten vor Diskriminierung. Der Minderheitenschutz beinhaltet die Wahrung der Menschenrechte bei extremer Armut, insbesondere in Verbindung mit Umweltzerstörungen durch lebensbedrohliche Produkte, bei Gewalt gegen Frauen, bei traditionellen Ritualen, welche die Gesundheit von Kindern und Frauen bedrohen, in Verbindung mit HIV/AIDS, bei Migration und Flucht, bei psychischer Erkrankung, bei Menschen mit Behinderungen, bei illegaler Organentnahme und bei dem Schutz von Eingeborenen.

Der systematisch weiterentwickelte Katalog besonderer Gefährdungslagen lässt deutlich werden, dass die WHO seit langem einen Gesundheitsbegriff geprägt und auf ihn aufbauende Handlungsstrategien entwickelt hat, in denen Gewaltphänomenen eine herausragende Rolle zugewiesen wird. Von daher ist der „Weltbericht Gewalt und Gesundheit“ nur eine konsequente Erweiterung der von der WHO insgesamt verfolgten Gesundheitspolitik.

⁷ Vgl. <http://www.who.int>, Stand: 22.03.2006.

⁸ Vgl. <http://www.un.org/Overview/rights.html> v. 31.03.2006.

⁹ Vgl. http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_cescr.htm v. 31.03.2006.

¹⁰ Vgl. <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/> v. 31.03.2006.

¹¹ Vgl. <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm> v. 31.03.2006.

¹² Vgl. <http://www.worldpolicy.org/globalrights/treaties/achr-esc.html> v. 31.03.2006.

¹³ Vgl. <http://www.who.int>, Stand: 22.03.2006.

Auch die in ihm vorgeschlagenen Strategien der Gewaltprävention basieren letztendlich auf diesem Gesamtkonzept.

3. Strategien der Gewaltprävention

3.1. Auf den Einzelnen bezogene Ansätze

Hier wird eine Doppelstrategie verfolgt: Einerseits sollen Kinder und Jugendliche im Zuge biographischer Entwicklungsphasen zu gesundheitsförderlichen Einstellungen und Verhaltensweisen motiviert werden. Andererseits soll bei Menschen, die selbst gewalttätig geworden sind, ein Einstellungs- und Verhaltenswandel erreicht werden (vgl. S. 33). Unterschieden wird der Entwicklungsstatus von Jugendlichen im Alter von 12 – 19 Jahren und jungen Erwachsenen im Alter von 20 – 29 Jahren.

Entwicklungsprogramme zur Gewaltprävention bei der Altersgruppe der 12-19-Jährigen beinhalten Anreize für Jugendliche mit einem hohen Gewaltpotenzial, ihre höhere Schulbildung abzuschließen. Die Evaluation dieser Programme lässt deutlich werden, dass sie sehr erfolgreich sind. Ferner beinhalten die Programme verschiedene Interventionen: persönliche Beratung, Teilnahme an Exkursionen in Gefängnissen, um das harte Gefängnisleben kennen zu lernen, Programme in Psychiatrien und Erziehungsanstalten, Sicherheitstraining im Umgang mit Waffen, militärische Basisausbildung und die Behandlung jugendlicher Straftäter nach dem Erwachsenenstrafrecht. Die letztgenannten Programme sind jedoch nicht so erfolgreich.

Früherkennung und die rechtzeitige Behandlung von psychischen Erkrankungen sind eine wichtige Präventionsstrategie bei Depressionen und suizidalem Handeln, aber auch bei Alkohol- und Drogenproblemen. Verhaltenstherapien werden als bewährter Ansatz ausgewiesen, um Problemlösungsfähigkeiten zu entwickeln und Suizidgedanken effektiv zu behandeln. Dabei werden Kommunen als zentraler Ort angesehen, um die Prävention zu stützen (S. 6). In diesem Zusammenhang werden folgende kommunale Einrichtungen hervorgehoben:

- Zentren für Suizidprävention mit Telefonhotlines, Beratung und Unterstützung;
- gemeindebezogene Programme in Jugendzentren und Altentreffs;
- Unterstützungsangebote für Menschen mit erfolgtem Suizidversuch als auch für Familienangehörige und Freunde, die durch einen Suizid jemanden verloren haben;
- Bildungs- und Medienarbeit zur Bewusstseinsarbeit bei Suizidproblemen;
- politische Maßnahmen zur Verringerung des Kohlenmonoxids im Kraftstoff oder dem Aufbau von Barrieren beim freien Zugang zu Giften oder zu Waffen.

Vier Präventionsansätze lassen sich zur Förderung des Einzelnen zusammenfassen:

- *Bildungsprogramme*, um Schülern Anreize zu bieten, einen weiterführenden Schulabschluss anzustreben,
- *soziale Entwicklungsprogramme* als persönlichkeitsbereichernde Programme für Vorschulkinder, als schulische Programme zur Leistungssteigerung und als Programme

zur Verbesserung der sozialen Beziehungskompetenz. Auch sollen Kompetenzen vermittelt werden, um die Sozialkompetenz zu steigern, Lernen mit Affekten umzugehen, konfliktfähig zu werden und eine moralische Lebensorientierung zu gewinnen,

- *therapeutische Programme* für Gewaltopfer und Personen, die suizidgefährdet sind; hierzu gehören auch Stützgruppen und Verhaltenstherapien bei Depressionen,
- *Behandlungsprogramm* bei potenziell Suizidalen, bei psychischen Störungen, bei Sexualtättern und bei Personen, die ihre Partner und Kinder missbrauchen (S. 34 ff.).

3.2. Gegen Beziehungsdefizite gerichtete Ansätze

Die Ansätze konzentrieren sich auf die Beziehungsdynamik. Sie versuchen „(...) die Art der Beziehungen zu beeinflussen, die Opfer und Täter mit den Menschen eingehen, zu denen sie den engsten zwischenmenschlichen Kontakt haben“ (S. 34). Die folgenden Ansätze beziehen sich auf die Beziehungsdefizite (S. 34):

- Erlernen der Elternrolle, d.h. die Gefühlsbindung zwischen den Eltern und Kinder soll verbessert werden;
- Mentorprogramme, d.h. der Mentor dient als positives Rollenmodell für Jugendliche;
- Familientherapie, d.h. hier soll die Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern verbessert werden;
- Hausbesuche, d.h. hier sollen regelmäßige Hausbesuche durch eine Pflegekraft oder eine andere Gesundheitsfachkraft durchgeführt werden;
- Schulung der Beziehungskompetenz, d.h. hier sollen Beziehungsprobleme erörtert und Lebenskompetenz gefördert werden.

3.3. Auf die Gemeinschaft bezogene Anstrengungen

Im Mittelpunkt der Bemühungen steht das Ziel, „(...) in der Öffentlichkeit das Bewußtsein für die Gewaltproblematik zu wecken, die Bürger zum Handeln anzuregen und für die Betreuung und Unterstützung der Opfer zu sorgen“ (S. 36). Die Ansätze reichen von Aufklärungskampagnen in den Medien, Umweltverbesserungen, außerschulischen Beschäftigungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche, Schulung von Polizei, Gesundheitsfachkräften, Lehrern und Erziehern, bürgernahe Polizeiarbeit, Programme für konkrete Bereiche wie Schulen, Arbeitsplätze, Flüchtlingslager und Pflegeinstitutionen sowie koordinierte bürgernahe Maßnahmen.

3.4. Gesellschaftliche Ansätze

„Gesellschaftliche Ansätze konzentrieren sich auf die kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Faktoren, die Gewaltbereitschaft fördern, und betonen die Veränderungen, die vom Gesetzgeber, bei der Polizei, und im breiten sozialen und kulturellen Umfeld vorgenommen werden müssen, damit die Gewalt in unterschiedlichen Settings und ganzen Gemein-

schaften zurückgeht.“ (S. 36) Die Maßnahmen konzentrieren sich auf gesetzliche und rechtliche Abhilfemaßnahmen, internationale Verträge, politische Kursänderungen zur Verminderung von Armut, Bemühungen um die Veränderung sozialer und kultureller Normen und die Umsetzung von Entwaffnungs- und Demobilisierungsprogrammen.

4 Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation zu Gewalt und Gesundheit¹⁴

Die Komplexität des Gewaltphänomens, so die Weltgesundheitsorganisation in ihrem Weltbericht, erfordert ein Engagement auf mehreren Ebenen: lokal, national und international. Komplex sind die Handlungsempfehlungen auch deswegen, weil die Kernaussage auf Gewaltprävention gerichtet ist: Sie verlangt einerseits Gewaltopfer angesichts ihrer Erfahrung von Leid psycho-sozial zu unterstützen und andererseits Lebensverhältnisse zu fördern, die Menschen davor bewahren, Gewalttäter (sprich: kriminell) zu werden. Konkret geht es in den Handlungsempfehlungen um ein multisektorales und kooperatives Handeln mit neun Empfehlungen. Schwerpunkte dieser Empfehlungen sind:

1. der Appell für einen nationalen Aktionsplan;
2. Ausbau der Kapazitäten für die Erhebung wissenschaftlicher Daten und der Förderung von Forschungsarbeiten;
3. Förderung von Maßnahmen der Primärprävention und Stärkung von Maßnahmen für Gewaltopfer;
4. Unterstützung politischer Maßnahmen auf der Ebene der Sozial- und Bildungspolitik, auf der Ebene der Förderung der Gleichberechtigung der Geschlechter und der sozialen Gerechtigkeit, auf der Ebene der Verbesserung der Information über die Möglichkeiten der Gewaltprävention, auf der Ebene der Förderung von internationalen Verträgen und Gesetzen zum Schutz der Menschenrechte und auf der Ebene von Maßnahmen zur Bekämpfung des weltweiten Drogen- und Waffenhandels.

4.1. Kritische Anmerkungen zum Weltbericht Gewalt und Gesundheit

Der „Weltbericht Gewalt und Gesundheit“ ist in erster Linie handlungstheoretisch ausgelegt. In der Analyse kommen systemische und strukturelle Aspekte jedoch zu kurz. So liegt nach Galtung etwa auch dann Gewalt vor, wenn das Analphabetentum verbreiteter als nötig ist (Nippert 1994). Galtung entwickelte den Typus der strukturellen Gewalt, in dem die Beeinflussung nicht von einem handelnden Subjekt – im Sinne personaler und/oder direkter Gewalt – ausgeht, sondern von einer Handlungsform, die im gesellschaftlichen System eingebaut ist (Galtung 1972). Konkret äußert sich strukturelle Gewalt in ungleichen Macht- und Besitzverhältnissen und davon abhängig in ungleichen Lebenschancen (Nippert 1994). Dieser Ansatz hat vor allem in der Soziologie der Entwicklungsländer einen wichtigen Beitrag geleistet (Senghaas 1972). Auch Jürgen Habermas hat in der „Theorie

¹⁴ <http://www.who.int>, Stand vom 22.03.2006.

des kommunikativen Handelns“ gezeigt, welche Macht von gesellschaftlichen Strukturen im Spannungsfeld von System und Lebenswelt ausgehen können (Habermas 1995). Ebenso lassen Sozialstrukturanalysen einzelner Nationalstaaten deutlich werden, wie z.B. Sozialisationsprozesse in eine ungleiche Verteilung gesellschaftlicher Chancen eingebunden sind (Klein 2005). In einer Neuauflage des Berichts wäre zu empfehlen, die systemischen Zusammenhänge der Gewaltprozesse stärker zu berücksichtigen.

5. Resümee

In der WHO-Constitution von 1948 wie in der Universal Declaration of Human Rights (Article 25) wird ersichtlich, dass die Menschenrechte und die WHO-Ziele für Gesundheit unteilbar sind. Folglich haben Menschenrechte auch die volle Gültigkeit für Straftäter. Der „Weltbericht Gewalt und Gesundheit“ zeigt auf, dass Gewalthandlungen auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene, aber auch im Hinblick auf den Einzelnen eine der großen Herausforderungen der Gegenwart darstellen.

Viele dieser Gewalthandlungen haben einen „kriminellen“ Charakter, sobald es sich um solche handelt, die strafrechtlichen, aber auch völkerrechtlichen Normen unterliegen. Die Kriminalisierung gewalttätigen Verhaltens wird im Bericht zwar als notwendige Voraussetzung zur Eindämmung von Gewalt angesehen, aber mit der Verlagerung der Perspektive auf den Zusammenhang von Gewalt und Gesundheit letztendlich als ultima ratio ausgewiesen. Die Fokussierung auf die Verhinderung von Gewalt jedweder Provenienz und Primärprävention kann als neues Paradigma im weltweiten Umgang mit Gewaltphänomenen gelesen werden. Mit der Gewaltprävention ist im Kern eine Doppelstrategie anstrebt: einerseits Opfer vor Tätern zu schützen sowie potenzielle Täter zu schützen, Täter zu werden. Durch diese Doppelfunktion der Gewaltprävention gewinnt Public Health eine Schlüsselfunktion: auf der Ebene der Entwicklung nationaler Aktionspläne, auf der Ebene der Datensammlung und Entwicklung von Forschungsprojekten, auf der Ebene der Prävention und Rehabilitation als auch auf der Ebene der internationalen Zusammenarbeit: Weniger Täter und weniger Opfer: Das ist das Ziel des Berichts.

Im Vorwort zum „Weltbericht Gewalt und Gesundheit“ hat Nelson Mandela dieses Anliegen eindrucksvoll auf den Punkt gebracht:

„This report makes a major contribution to our understanding of violence and its impact on societies. It illuminates the different faces of violence, from the “invisible” suffering of society’s most vulnerable individuals to the all-too-visible tragedy of societies in conflict. It advances our analysis of the factors that lead to violence, and the possible responses of different sectors of society. And in doing so, it reminds us that safety and security don’t just happen: they are the result of collective consensus and public investment”. (S. 2)

Literatur:

- Badura, Bernhard, 1989: Sozialepidemiologie. In: Endruweit, Günther, Trommsdorff, Gisela (Hg.): Wörterbuch der Soziologie. Stuttgart: Enke, S. 585-586.
 Galtung, Johann, 1975: Strukturelle Gewalt, Reinbek bei Hamburg: Rororo.
 Habermas, Jürgen, 1987: Theorie des kommunikativen Handelns. 4. Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

- Klein, Thomas, 2005: Sozialstrukturanalyse. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt.
- Krug, Etienne G.; Dahlberg, Linda L.; Mercy James J.; Zwi, Anthony B.; Lozano, Rafael (Hg.) 2002: World Report on Violence and Health. Geneva.
- Krug, Etienne G.; Dahlberg, Linda L.; Mercy James J.; Zwi, Anthony B.; Lozano, Rafael (Hg.) 2003: Weltbericht Gewalt und Gesundheit, Zusammenfassung. Genf.
- Mann, Bernhard, 2005: Gesundheitssystemforschung und Gesundheitssoziologie. In: Zentrum für Wissenschaftliche Weiterbildung und Fernstudien (Hrsg.): Studiengang Gesundheitsmanagement, Universität Koblenz-Landau. Koblenz, S. 1-100.
- Nippert, Reinhardt, Gewalt. In: Fuchs-Heinritz, Werner, Lautmann, Rüdiger, Rammstedt, Otthein, Wienold, Hanns (Hg.): Lexikon der Soziologie. 3. Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher 1994, S. 247.

<http://www.who.int> v. 22.03.2005.

<http://www.wissen.de> v. 22.03.2006.

<http://www.meb.uni-bonn.de> v. 22.03.2006.

Dr. rer. pol. Bernhard Mann

Universität Bonn, Seminar für Soziologie, Lennéstr. 25-27,

53113 Bonn, Phone: +49 (0) 2224/941908

bmann@uni-bonn.de;

Dipl.-Sozialwirt, MSP/MPH, geb. 1950 in Stuttgart. Studium der Sozialwissenschaften, Promotionsstudium in sozialer Gerontologie und Postgraduale Studien in Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen (Public Health) und Total Quality Management (TQM) an den Universitäten Göttingen, Erlangen-Nürnberg, Kassel und Kaiserslautern wie an der Medizinischen Hochschule Hannover. Wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Universitäten Erlangen-Nürnberg, Bremen, Konstanz und Bonn. Gastdozent an der University of Edinburgh, Schottland und Honorarprofessor am Fachseminar für Altenpflege, Kaiserwerther Diakonie, Düsseldorf. Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Gutachter in Modellprojekten verschiedener Landes- und Bundesministerien wie beim Nationalfonds der Schweiz. Seit 1999 Lehrbeauftragter für Soziologie, Sozialmedizin und Medizinische Soziologie an der Medizinischen und Philosophischen Fakultät der Universität Bonn und der Bildungswissenschaftlichen Fakultät der Universität Koblenz-Landau. Wissenschaftlicher Betreuer im postgradualen Studiengang zum Master of Science (MSc) in Gesundheitsmanagement, Universität Koblenz-Landau.

